

# **IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Trabajo de Fin de Grado  
Modalidad 1: Revisión Bibliográfica

**Autora: María Jiménez Pacheco**

Tutora: Violeta Luque Ribelles



Grado en Psicología  
Facultad de Ciencias de la Educación  
*Curso académico 2020/2021*

### **Resumen**

La Violencia Obstétrica (VO) se define como un tipo de violencia machista que se origina desde las instituciones sanitarias y que se origina durante el proceso reproductivo y sexual de la mujer. Este tipo de violencia se comete contra las mujeres a nivel mundial, sin discernir entre edad, etnia, religión o lugar de procedencia. Se manifiesta, entre otras formas, por abuso físico, con la realización de procedimientos médicos innecesarios o invasivos; o mediante abuso verbal, que engloba vejaciones, insultos o trato denigrante hacia las mujeres. El objetivo de este trabajo ha sido identificar el impacto psicológico que ocasiona la VO en la mujer. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se han obtenido un total de seis documentos. Los resultados muestran como consecuencias de la VO: alteraciones emocionales, tales como estrés, cambios en el autoconcepto, afectación de la autoestima o sentimientos de soledad, y sintomatología diagnóstica o trastornos psicopatológicos, destacando la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático y de Depresión Postparto. También se produce afectación de las relaciones interpersonales y del vínculo materno-filial. En conclusión, se trata de un tipo de violencia que afecta de manera directa a la mujer y de forma indirecta a su núcleo cercano, por lo que se puede considerar un problema de salud pública. Para futuras líneas de trabajo se recomienda realizar intervenciones psicológicas debido al impacto identificado. Además, se aconseja promover la realización de buenas prácticas para erradicar este tipo de violencia.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, mujeres embarazadas, modelo biomédico, medicalización del parto, consecuencias psicológicas, parto respetado.

### **Abstract**

Obstetric Violence (OV) is defined as a type of male violence that is perpetrated by health institutions and that originates during the reproductive and sexual process of women. This type of violence is committed against women worldwide, regardless of age, ethnicity, religion or place of origin. It manifests itself, among other forms, through physical abuse, with the performance of unnecessary or invasive medical procedures; or through verbal abuse, which includes humiliation, insults or degrading treatment of women. The aim of this study was to identify the psychological impact of OV on women. After applying the inclusion and exclusion criteria, a total of six documents were obtained. The results show the following as consequences of OV: emotional alterations, such as stress, changes in self-concept, affectation of self-esteem or feelings of loneliness, and diagnostic symptomatology or psychopathological disorders, with the appearance of Posttraumatic Stress Disorder and Postpartum Depression standing out. Interpersonal relationships and the maternal-child bond are also affected. In conclusion, this is a type of violence that directly affects the woman and indirectly affects her immediate family, which is why it can be considered a public health problem. For future lines of work, it is recommended that psychological interventions be carried out due to the impact identified. Furthermore, it is advisable to promote the implementation of good practices to eradicate this type of violence.

**Key words:** obstetric violence, pregnant women, biomedical model, medicalisation of childbirth, psychological consequences, respected childbirth.

**Impacto Psicológico de la Violencia Obstétrica. Una Revisión Bibliográfica**

**Índice de Contenidos**

Introducción	5
Violencia Obstétrica	7
Tipos de Violencia Obstétrica	8
Sistema de Salud y Contexto Social	10
Consecuencias de la Violencia Obstétrica	12
Consecuencias Físicas	13
Consecuencias Psicológicas	14
Consecuencias para Familiares y el Entorno	16
Método	18
Estrategia de Búsqueda	18
Criterios de Inclusión y Exclusión	19
Procedimiento de Análisis	21
Resultados	22
Discusión	27
Conclusiones	32
Referencias Bibliográficas	34
Apéndices	39
Apéndice 1. Análisis de publicaciones para el objetivo: Identificar el impacto psicológico que ocasiona la violencia obstétrica en la mujer	39

### **Introducción**

La Violencia Obstétrica (VO) se produce en España en un 56,4% de las mujeres, lo cual revela que más de la mitad han sufrido este tipo de violencia durante el proceso reproductivo y en la atención obstétrica. Además, de manera concreta, un 21,6% de mujeres que padecieron este tipo de violencia aseguran haber visto alterado el ritmo del parto por conveniencia del personal sanitario. Un 28,7% de mujeres reportan que no se les pidió consentimiento para que pudiesen intervenir estudiantes durante el momento del parto. También, un 13,5% informan de que se sintieron infantilizadas durante el proceso del parto, un 11,7% tuvo dificultades para poder realizar preguntas, y un 5% de mujeres tuvo problemas para expresar sus emociones. Asimismo, un 2,5% de mujeres manifiestan que recibieron insultos o amenazas, y un 8,5% sufrieron vejaciones, burlas o descalificaciones por parte del personal sanitario. No obstante, un hecho común que le sucede en torno al 15% de mujeres, es la negativa de dejar que ellas decidan en qué posición prefieren parir, pudiendo ir acompañado este acto con la realización de determinados procedimientos médicos que se ejecutan sin aportar información suficiente, ocurriendo esto a un porcentaje del 20,6% de mujeres (Rodríguez y Aguilera, 2017).

Iglesias et al. (2019) realizaron otro estudio más reciente que confirma los datos anteriores. En este caso, los resultados aportados por las autoras son los siguientes: un 34% afirmó haber sufrido VO; un 45,8% de mujeres aseguraron no haber recibido consentimiento informado sobre técnicas médicas que le habían realizado; un 38% consideró que las técnicas llevadas a cabo eran perjudiciales o innecesarias; y un 49% no tuvo la oportunidad de expresar sus miedos o preguntar dudas.

La VO hace referencia a la “intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de la condición de embarazo y de parto” (Gherardi, 2016).

Autoras como Belli (2013) declaran que la VO es un tipo de violencia llevada a cabo por el personal sanitario sobre la mujer y su cuerpo durante el proceso reproductivo. Por otro lado, Rodríguez y Aguilera (2017) definen la VO como “distintas formas de control y opresión sobre las mujeres que están embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto”. Al mismo tiempo, la VO es un tipo de violencia machista, ya que es ejercida exclusivamente sobre las mujeres por el hecho de ser mujeres, y que es aplicada de manera institucional, por hallarse en las instituciones de salud; estructural, por depender de las jerarquías de poder entorno al género y posición social; y simbólica, por producirse en el entorno social, tanto de manera verbal como física (Murialdo, 2019; Rodríguez y Aguilera, 2017).

Institucionalmente, y respaldando las declaraciones anteriores, la VO fue reconocida legalmente en 2007 en Venezuela y definida como (citado en Iglesias et al., 2019):

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Venezuela, 2007)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que se trata de un problema alarmante, ya que la VO se produce a nivel mundial. En base a la evidencia, la OMS asegura que es muy frecuente que se produzca un trato “irrespetuoso y ofensivo” hacia las mujeres durante el momento del parto por parte de los centros de salud (World Health Organization [WHO], 2014).

En estudios, como el llevado a cabo por Faneite et al. (2012), se manifiesta que la VO es sufrida por un quinto de las mujeres del mundo. Se produce sin discernir entre la edad, nivel socioeconómico, religión o educación (Crespo-Antepara et al., 2018). Esto muestra que es un problema que se extiende a nivel social entre todas las mujeres, sin importar de dónde procedan o qué características presenten, reflejando así que se trata de un tipo de violencia machista, sistemática e institucional que puede afectar a cualquier mujer (Osorio y Saraceno, 2019; Rodríguez y Aguilera, 2017; Valls-Llobet, 2009). A pesar de esto, el hecho de que no haya conciencia social sobre la trascendencia de este asunto empeora y oculta la VO (Osorio y Saraceno, 2019).

No obstante, la OMS manifiesta su preocupación acerca de que actualmente no exista consenso a nivel mundial sobre la definición y medición de la VO. Como consecuencia, se desconoce la prevalencia exacta de este tipo de violencia, y, por consiguiente, tampoco existen datos concluyentes sobre el impacto que ocasiona en la salud, bienestar y autonomía de las mujeres. Así pues, desde esta Organización se considera que los datos presentados por la misma, son inciertos (WHO, 2014).

### **Violencia Obstétrica**

La VO no ha sido objeto de análisis y de interés institucional hasta hace relativamente poco (Gherardi, 2016). El concepto de VO se desarrolla, principalmente, en los países de Latinoamérica, destacando las aportaciones de Venezuela, México o Argentina, países donde ya se empleaba este término desde el siglo XIX (Iglesias et al., 2019). La importancia de reconocer este tipo de violencia nace de la necesidad de visibilizarla, con el fin de defender los derechos de las mujeres, conocer el impacto que ocasiona en la salud mental y conseguir su erradicación (Osorio y Saraceno, 2019).

En 2007, en Venezuela, se produjo el primer reconocimiento institucional de VO como forma de violencia machista al implantar la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de manera que, mediante esta ley, se condenaba también la VO entre muchas otras formas de violencia contra la mujer. Posteriormente, otros países latinoamericanos, tales como Argentina o Panamá, también abogaron por defender los derechos de las mujeres en relación a la salud reproductiva (Gherardi, 2016). Sin embargo, no fue hasta 2014 cuando la OMS lanzó una declaración que manifestaba la necesidad de prevenir y erradicar la ocurrencia de la VO, debido a las secuelas que ocasiona en las mujeres. De esta forma, la VO pasó a considerarse un problema de envergadura global (WHO, 2014).

Actualmente, el panorama que se vive en España respecto a la VO es impreciso. No existe reconocimiento de este tipo de violencia a nivel legal, puesto que no hay ninguna ley específica que sancione este tipo de violencia (Iglesias et al., 2019). Además, según Iglesias et al. (2019) la atención obstétrica que se proporciona en España es “deficitaria a niveles alarmantes”, lo que provoca que se atente contra los derechos, dignidad y autonomía de las mujeres. Del mismo modo, según dichas autoras, el 60,6% de mujeres encuestadas consideraban que, a nivel institucional, “no se apoyan o promueven lo suficiente sus derechos en embarazo, parto o puerperio<sup>1</sup>/lactancia”.

### ***Tipos de Violencia Obstétrica***

Es necesario dar visibilidad a la VO por las repercusiones que provoca y por la variedad de situaciones donde se puede encontrar. La VO sucede durante el proceso

---

<sup>1</sup> Periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. En este periodo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer, con el fin de volver, gradualmente, al estado en el que se encontraba la mujer antes del embarazo, y establecer la lactancia (Bezares et al., 2009).



reproductivo y el parto, pero también existe VO si se transgreden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tales como: la anticoncepción, el aborto, la planificación familiar y la menopausia (Gherardi, 2016). Sin embargo, como afirman Lukasse et al. (2015), la situación donde mayoritariamente se produce VO es en el momento del parto.

La VO puede llevarse a cabo de diferentes formas, por ello se puede distinguir entre la ejecución de manera física, donde se incluirían las prácticas quirúrgicas innecesarias, la administración injustificada de medicamentos, o la interrupción de los tiempos del parto biológico; y, por otro lado, se produce VO de forma psicológica cuando el personal sanitario trata a la mujer de manera irrespetuosa, realizan burlas o vejaciones, o la mantienen desinformada o desatendida (Medina, 2009, citado en Gherardi, 2016).

Cuando se produce violencia en la atención obstétrica, se pueden originar dos tipos de traumas en las mujeres, ya sea por acción y/o por omisión. En referencia a la acción, se engloban aquellas prácticas que se ejercen directamente sobre las mujeres cuando reciben atención obstétrica, tales como la maniobra de Kristeller<sup>2</sup>. Por otro lado, el trauma por omisión se produce cuando no se realizan los cuidados necesarios, no se proporciona información o se produce falta de atención (Epen Seminario, 2021a, 11m37s).

Bowser y Hill (2010, citado en Sadler et al., 2016) plantearon siete categorías que recogían las faltas de respeto producidas hacia la mujer durante el parto. Estas son: (a) abuso; (b) atención sin consentimiento; (c) no confidencialidad; (d) atención inapropiada o indigna; (e) discriminación en base a las características de la mujer; (f) impedimentos para el abandono de las instalaciones; y (g) abandono y desatención de los cuidados.

---

<sup>2</sup> La maniobra de Kristeller consiste en ejercer presión en el fondo del útero durante el momento de expulsión del feto, que tiene como finalidad fortalecer durante las contracciones uterinas el paso del feto (Becerra-Chauca y Failoc-Rojas, 2019).

Por otro lado, la OMS distingue entre cinco tipos de VO, según el momento o la situación en la que se produzca. Estos son: (a) intervenciones médicas innecesarias y administración de fármacos de forma rutinaria, ya sea a la mujer o al bebé; (b) agresiones verbales (humillaciones, vejaciones, insultos, etc.) o agresiones físicas; (c) falta de recursos materiales necesarios; (d) intervenciones llevadas a cabo por residentes o alumnos y alumnas en prácticas, sin el permiso expreso de la mujer; y (e) discriminación por etnia, cultura, religión y/o posición social o económica (Castrillo, 2020; Barbosa y Modena, 2018).

### ***Sistema de Salud y Contexto Social***

La VO sucede, mayormente, por el seguimiento del Modelo Biomédico (Murialdo, 2019; Osorio y Saraceno, 2019). La perspectiva que adopta este modelo centra su atención en el tratamiento e intervención de los procesos biológicos considerados patologías (Velasco, 2009). Por tanto, dicho modelo actuará únicamente sobre la enfermedad o dolencia, sin tener en cuenta a la persona y sus demandas (Osorio y Saraceno, 2019). De igual manera ocurre con el proceso reproductivo, ya que según Sadler (2004), desde el enfoque de este sistema de salud, embarazo y parto son concebidos como una patología, la cual ha de ser intervenida necesariamente por los sanitarios y las sanitarias, sin cabida a que puedan ser desarrollados como un proceso fisiológico y natural (Iglesias et al., 2019; Valls-Llobet, 2009). Al mismo tiempo, se considera que el proceso reproductivo es un mero procedimiento en cadena, lo cual hace que, además de desnaturalizarlo (Valls-Llobet, 2009), se despersonaliza (Rodríguez y Aguilera, 2017).

El modelo biomédico ha establecido sus bases desde un sistema patriarcal (Murialdo, 2019). Así pues, la VO es un tipo de violencia machista, donde la jerarquización de géneros crea diferencias asimétricas entre mujeres y hombres. Dichas diferencias de poder se

trasladan hacia el ámbito médico, donde la autoridad es, generalmente, de la figura masculina (Tinoco, 2013, citado en Llobera et al., 2019; Velasco, 2009). Como consecuencia, el modelo biomédico se caracteriza también por ejercer control sobre las mujeres, desprestigiar su trabajo si ejercen en este ámbito, y tratarlas como mero objetos por el hecho de ser mujer, si acuden como pacientes (Osorio y Saraceno, 2019).

Lawson (2012, citado en Llobera et al., 2019) respalda la idea de que la VO es una violencia basada en el género, ya que las mujeres quedan en una posición subordinada. De esta forma, el sistema patriarcal pretende dominar a las mujeres, a su proceso reproductivo y a su sexualidad (Bellón, 2015; Gherardi, 2016). Por tanto, de manera indirecta, el sistema social y el modelo médico influyen en la existencia o aparición de la VO y se consideran agentes implicados en dicho fenómeno.

La atención obstétrica puede convertirse en violencia cuando se actúa desde este enfoque, que, en lugar de garantizar la dignidad y derechos de la mujer durante el proceso reproductivo, se encarga de invadir, abusar y atentar contra la salud de las mujeres (Osorio y Saraceno, 2019), lo que se considera una “violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres” (Gherardi, 2016).

Bajo la influencia de este contexto social, la VO es llevada a cabo de forma directa por parte del personal sanitario, y de manera más específica, por los especialistas que ejercen en obstetricia. Así pues, en base al testimonio de más de 17.000 mujeres, cuando se realizan técnicas sin consentimiento, el porcentaje mayor se relaciona con los ginecólogos y las ginecólogas (73,6%), seguido de matronas (51,5%) y de enfermeras o enfermeros (29,6%). Por otro lado, la emisión de críticas o descalificaciones por parte del personal sanitario se relaciona también, en mayor medida, con los ginecólogos y las ginecólogas (43,8%),

matronas (43%) y enfermeros y enfermeras (34,8%). No obstante, también se identifican a pediatras y anestesiistas como emisores de VO (Iglesias et al., 2019). Por tanto, que esta violencia provenga mayoritariamente por parte de este personal, crea desconfianza en las mujeres que solicitan atención obstétrica (Villanueva-Egan, 2010; WHO, 2014).

En este sentido, parte de las sanitarias y los sanitarios aseguran que la existencia de VO surge como consecuencia del estrés, la sobrecarga laboral, la falta de tiempo o de materiales y/o infraestructuras. Además, parte del personal sanitario asegura no tener suficiente información sobre VO, y, por tanto, que no poseen herramientas para evitarla o reducir los daños (Iglesias et al., 2019; Pintado et al., 2015; Rodríguez y Aguilera, 2017). Así pues, la VO puede ser causada también por la falta de actualización, por tradición, inseguridades y/o prejuicios (Iglesias et al., 2019). No obstante, el reconocimiento de que se produce VO es casi inexistente, ya que la mayoría del personal sanitario se acoge a lo que se conoce como “casos puntuales”, con lo que manifiestan que la VO es un fenómeno aislado (Iglesias et al., 2019; Murialdo, 2019).

### **Consecuencias de la Violencia Obstétrica**

Los daños que ocasiona la VO pueden ser múltiples y severos para las mujeres, llegando a ser irreversibles. Las consecuencias que se pueden apreciar son físicas, tales como lesiones orgánicas leves o, incluso, la muerte si se realizan intervenciones médicas invasivas, como las cesáreas (García, 2015; Iglesias et al., 2019; WHO, 2014). Por otro lado, se encuentran las secuelas psicológicas, las cuales pueden ser más o menos significativas. También se identifican daños en las relaciones familiares y en el entorno (García, 2018). A continuación, se exponen dichas consecuencias.

### *Consecuencias Físicas*

García (2018) distingue entre cuatro principales secuelas físicas. Una de ellas es en relación a problemas con la lactancia materna, ya que, si el parto ha sido un procedimiento más natural que médico, existirán menos inconvenientes en este aspecto. En este caso, el uso de antibióticos altera la flora bacteriana, pudiendo provocar obstrucciones que impiden el correcto drenaje de la leche en una zona focalizada. Por otro lado, en relación a las cesáreas y al dolor postoperatorio, las mujeres pueden encontrarse impedidas para amamantar a su hijo o hija.

Tras el parto, la mujer puede presentar incontinencia urinaria en diferentes grados debido a las posturas artificiales que se han llevado a cabo durante el momento del parto, o como causa de emplear instrumentos médicos. De manera más grave, afectando esta consecuencia también a nivel psicológico, es posible que se desarrolle incontinencia fecal, lo cual perturba considerablemente la calidad de vida de estas mujeres, afectando incluso a su autoestima (García, 2018).

Como daño severo se pueden producir hemorragias. Esto es más frecuente que ocurra si se ha realizado una cesárea, ya que la pérdida de sangre está asociada a dicha intervención. Por otro lado, se pueden dar “hemorragias puerperales”, que son las que suceden tras el momento del parto, si este ha sido largo y la mujer ha tenido que realizar grandes esfuerzos. Las hemorragias puerperales también aparecen si se ha manipulado artificialmente el ritmo de las contracciones (García, 2018).

El hecho de que ocurran desgarros durante el parto puede tener mayor o menor importancia. Si estos desgarros se producen cuando las intervenciones médicas han sido menos invasivas, la recuperación es mucho más rápida, ya que el desgarro puede ser

meramente superficial. No obstante, cuando el parto ha sido instrumentalizado, el desgarro que puede aparecer es más profundo, llegando a rasgar tejido vaginal, músculos vaginales, y pudiendo atravesar el esfínter anal. Esto último provoca intensos dolores durante meses, lo que también estará asociado a sufrir incontinencia fecal (García, 2018).

Por último, dentro de las consecuencias físicas también se encuentra un aumento de la morbilidad materna u obstétrica<sup>3</sup> y mortalidad por el empleo de prácticas sin justificación médica, destacando entre otras, las cesáreas o las episiotomías<sup>4</sup> (Chávez y Sánchez, 2018; García, 2015; Iglesias et al., 2019).

### ***Consecuencias Psicológicas***

El impacto psicológico no es apreciable a simple vista y sus consecuencias pueden perdurar mucho más en el tiempo. Los daños derivados de la VO pueden causar consecuencias psicológicas que afectan a la autoestima, producen alteración emocional, perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva (García, 2018). Así pues, cuando se produce VO, las mujeres perciben que el parto ha sido traumático o negativo y manifiestan “sentirse desempoderadas” (Murialdo, 2019). Dicha percepción afecta directamente a la autoestima y autoconcepto de la mujer (Osorio y Saraceno, 2019).

Es común que se produzcan alteraciones emocionales como una tristeza momentánea, la cual puede desaparecer con el tiempo. Pero si este tipo de alteración no remite, puede

---

<sup>3</sup> El término morbilidad materna u obstétrica hace referencia al “resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores” (Calvo et al., 2010, citado en Chávez y Sánchez, 2018)

<sup>4</sup> Práctica médica que se realiza durante el parto al diseccionar el periné, con el fin de ampliar el canal del parto vaginal (Berzaín y Camacho, 2014).

desembocar en una Depresión Postparto (de ahora en adelante, DPP), lo cual se trata de una consecuencia altamente probable (García, 2018).

Un estudio llevado a cabo por Silveira et al. (2019), mostró que aquellas mujeres expuestas a abusos médicos durante el parto tienen mayor probabilidad de padecer DPP. Al mismo tiempo, las mujeres que manifestaron haber sufrido algún tipo de falta de respeto o abuso verbal, presentaban un 1,6 veces más de probabilidad de desarrollar una DPP. Por lo que se halló una relación significativa entre abuso verbal y el posible desarrollo de DPP, tanto marcada, como grave. Por otro lado, las mujeres que sufrieron maltrato físico tenían 2,3 veces más de probabilidad de presentar este trastorno. Silveira et al. (2019) también aportaron datos en relación a la acumulación de faltas de respeto, demostrando que las mujeres que recibieron tres o más tipos de abusos, tenían entre 3 y 4 veces más de probabilidad de presentar DPP.

Por otro lado, según la psicóloga Jesica Rodríguez Czaplicki (mencionada en Murialdo, 2019), tener un parto violento por VO puede provocar traumas psicológicos. Por tanto, esto puede derivar en un Trastorno de Estrés Postraumático (de ahora en adelante, TEPT), que posiblemente requiera intervención psicoterapéutica (Murialdo, 2019).

Aunque a finales de los años 70, Bydlowski y Raoul-Duval (1978) ya hablaban de la aparición del TEPT tras el embarazo o el parto, sobre todo si este había sido prolongado y difícil (Ballard et al., 1995), no fue hasta la década de los 90 con los estudios aportados por Ballard et al. (1995) cuando se consolidó la idea de que este trastorno aparecía como consecuencia de haber sufrido prácticas que pueden estar relacionadas con la VO, tales como: un alto grado de intervención obstétrica, complicaciones en el parto, cesáreas urgentes, excesivo uso de instrumentos médicos, o percepción de amenaza, tanto propia como por el recién nacido.

Por tanto, la salud mental se ve afectada tras un parto que ha sido altamente medicalizado, ya que prácticas invasivas, como las episiotomías, provocan que la mujer sufra consecuencias físicas, tales como hemorragias o infecciones, que pueden hacer que se perciba el parto como una experiencia traumática (Murialdo, 2019).

Así pues, se identifica como daño más severo a nivel psicológico el diagnóstico del TEPT en aquellas mujeres que sufren este tipo de violencia. La prevalencia de ocurrencia de este trastorno es entre un 2 y 6% a nivel mundial. Además, un 35% de mujeres presentarán características diagnósticas o síntomas propios del TEPT (Ballard et al. 1995; García, 2018).

Tener un parto traumático puede provocar otras secuelas psicológicas (Epen Seminario, 2021a, 15m13s), tales como: (a) influencia en el proceso de la maternidad, tanto en el actual como en posibles embarazos futuros; (b) dificultades para la adaptación tras el parto; (c) afectación de la salud y estabilidad mental; (d) influencia en el vínculo afectivo madre-bebé y en el tipo de apego a desarrollar; (e) y rechazo a la sexualidad.

### ***Consecuencias para Familiares y el Entorno***

Según Crespo-Antepara et al. (2018), la VO no solo afecta a la mujer embarazada, sino que las secuelas derivadas de este abuso pueden dañar a los familiares o a su entorno al percibir la atención obstétrica como una experiencia negativa. Según Sadler et al. (2016), aquellas personas que han sido testigo de este tipo de violencia, también pueden sufrir alteraciones a nivel psicológico debido a la exposición de situaciones traumáticas y estresantes que experimenta la mujer. Por tanto, esto afectaría al bienestar familiar o del núcleo cercano de la mujer embarazada (Crespo-Antepara et al., 2018).



Así pues, los familiares o acompañantes de la mujer sufren, sobre todo, la desinformación, la separación de la mujer que está dando a luz, y por supuesto, padecen el daño indirecto de la VO. Esto revela que, a pesar de que indudablemente perjudique de forma severa y directa a las mujeres, también se trata de un problema de salud pública al provocar daños que se extienden a más agentes (García, 2018).

Por tanto, en base a las consecuencias expuestas y a los datos de prevalencia de VO, aportados por los estudios de Iglesias et al. (2019) y Rodríguez y Aguilera (2017), se considera importante seguir investigando para presentar información sobre este tipo de violencia, ya que aseguran que se trata de un fenómeno poco explorado. Así pues, mediante este trabajo se pretende mostrar las principales consecuencias psicológicas que provoca la VO en las mujeres, ya que es una violencia invisible que ocasiona múltiples secuelas en el ser humano (Osorio y Saraceno, 2019).

### Método

La metodología llevada a cabo en el siguiente trabajo es la expuesta a continuación.

#### Estrategia de Búsqueda

El proceso de búsqueda se realizó en tres etapas, iniciado a principios de abril de 2021 hasta finales de mayo de 2021. La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en las bases de datos expuestas en la Tabla 1, donde se recoge una breve descripción y su idioma principal.

**Tabla 1.**

*Bases de datos consultadas*

Nombre	Descripción	Idioma
Dialnet ( <a href="https://dialnet.unirioja.es/">https://dialnet.unirioja.es/</a> )	Portal bibliográfico de carácter interdisciplinar que pretende dar accesibilidad a la literatura científica hispana. Predominio de revistas de Ciencias humanas, jurídicas y sociales.	Castellano
Scopus ( <a href="https://www.scopus.com/">https://www.scopus.com/</a> )	Base de datos desarrollada por Elsevier que ofrece herramientas para el seguimiento y análisis de resúmenes, citas y artículos científicos. Recoge más de 25000 títulos activos, 7000 editores y posibilidad de acceder a 1700 millones de referencias citadas. Documentos en relación a Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales.	Castellano e Inglés
PubMed ( <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/</a> )	Desarrollada y mantenida por el Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI). Consta de más de 32 millones de citas y de literatura biomédica. Predominan los documentos de campos de la biomedicina y la salud, en relación a las ciencias de la vida y del comportamiento, entre otros.	Inglés
Psicodoc ( <a href="https://www.psycodoc.org/">https://www.psycodoc.org/</a> )	Base de datos internacional que ofrece bibliografía científica del campo de la Psicología o de disciplinas afines. Recoge 140 mil registros y 59 mil enlaces a textos completos, procedentes de países en su mayoría hispanohablantes.	Castellano e Inglés
ProQuest Psychology Journals ( <a href="https://search.proquest.com/index">https://search.proquest.com/index</a> )	Ofrece gran cantidad de documentos del área de Psicología y Psiquiatría. Destaca por poseer 90 mil fuentes autorizadas y 450 mil libros electrónicos, además de revistas y disertaciones con acceso completo al texto.	Castellano e Inglés

*Nota.* Elaboración propia.

Dichas bases de datos han sido seleccionadas por la disponibilidad de artículos en inglés y castellano, por tener posibilidad de acceso a textos completos a través de la Universidad de Cádiz, y porque están estrechamente relacionadas con el campo de la psicología, el sanitario o el social.

La segunda etapa se basó en la búsqueda bibliográfica de documentos para definir el objetivo planteado. En la Tabla 2 se presentan los descriptores y operadores booleanos empleados para la búsqueda de información. Por último, en la tercera etapa se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a los artículos encontrados para la posterior selección de trabajos.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Los criterios de inclusión son:

1. Publicaciones realizadas entre 2011 y 2021, ambos inclusive.
2. Trabajos que se encuentren en castellano o inglés.
3. Estudios teóricos e investigaciones, tanto cuantitativas como cualitativas.
4. Publicaciones a las que se tenga acceso al texto completo como estudiante de la Universidad de Cádiz.

Los criterios de exclusión aplicados son:

1. Se excluyen trabajos que centren su atención en daños físicos o biológicos como consecuencia de la violencia obstétrica.
2. Se descartan los estudios donde su población de análisis no sean las mujeres.
3. Se descartan los Trabajos de Fin de Grado y los Trabajos de Fin de Máster.

**Tabla 2.***Descriptores y operadores booleanos empleados*

Objetivo de investigación	Bases de datos	Descriptores y operadores booleanos
Identificar el impacto psicológico que ocasiona la violencia obstétrica en la mujer	Dialnet	(“Violencia obstétrica” OR “abuso médico”) AND (“factores de riesgo”) AND (“factores de protección”) (“Violencia obstétrica” OR “abuso médico”) AND (“intervenciones médicas” OR “medicalización del parto” OR “patologización del parto”) (“Violencia obstétrica” OR “abuso médico”) AND (“problemas familiares”) (“Violencia obstétrica” OR “abuso médico”) AND (“consecuencias psicosociales” OR “problemas sociales” OR “impacto psicológico” OR “consecuencias psicológicas” OR “secuelas psicológicas”) (“Embarazo” OR “parto” OR “postparto”) AND (“violencia médica” OR “violencia obstétrica”) AND (“trastornos psiquiátricos” OR “trastornos psicológicos”)
	Scopus PubMed Psicodoc ProQuest	(“Obstetric violence” OR “medical abuse”) AND (“risk factors”) AND (“protective factors”) (“Obstetric violence” OR “medical abuse”) AND (“medical interventions” OR “medicalisation of childbirth” OR “pathologisation of childbirth”) (“Obstetric violence” OR “medical abuse”) AND (“family problems”) (“Obstetric violence” OR “medical abuse”) AND (“psychosocial consequences” OR “social problems” OR “psychological impact” OR “psychological consequences” OR “psychological aftermath”) (“Pregnancy” OR “childbirth” OR “postpartum”) AND (“medical violence” OR “obstetric violence”) AND (“psychiatric disorders” OR “psychological disorders”)

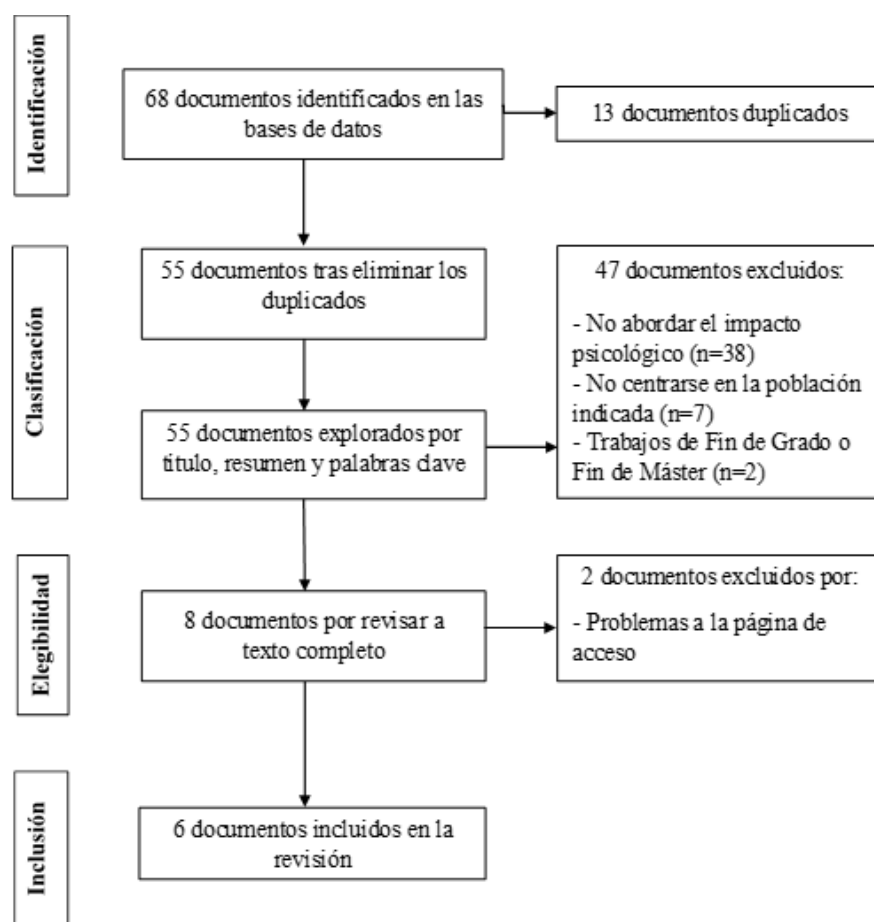
*Nota.* Elaboración propia.

## Procedimiento de Análisis

Tras realizar la búsqueda bibliográfica y de acuerdo con los criterios de inclusión, se obtienen 68 documentos. Una vez aplicados los criterios de exclusión, los documentos se reducen hasta un total de 6 artículos para analizar (ver Figura 1).

**Figura 1.**

*Diagrama de flujo: cribado y selección de documentos*



*Nota.* Elaboración propia.

Para el análisis de los documentos se ha examinado: el marco teórico, los objetivos planteados en cada trabajo, la población de estudio, el diseño y la metodología empleada, los resultados que se han obtenido y las conclusiones de cada artículo.

## Resultados

La selección de artículos incluidos en la revisión se exponen en el Cuadro 1. Mediante el análisis de estos documentos se pretende dar respuesta al objetivo propuesto para la revisión, que se trata de identificar el impacto psicológico que ocasiona la VO en la mujer en cualquier momento del proceso reproductivo.

### Cuadro 1.

#### *Documentos incluidos en la revisión*

---

##### Artículos

---

Bertholdt, C., Epstein, J., Banaslak, C., Ligier, F., Dahlhoff, S., Olieric, M. F., Mottet, N., Beaumont, M. y Morel, O. (2020). Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study. *BMJ Open*, 10(12), 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043057

Davis, D-A. (2020). Reproducing while Black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 11, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.10.001>

Lasheras, G., Farré-Sender, B. y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática de Enlace*, 109, 22-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678862>

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Guillen, P. y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002

Shabot, S. C. (2020a). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 1-16. doi: 10.1177/1350506820919474

Shabot, S. C. (2020b). Why 'normal' feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 1-21. <https://doi.org/10.1177/1464700120920764>

---

*Nota.* Elaboración propia.

Se han seleccionado seis trabajos, los cuales abordan el impacto psicológico ocasionado por la VO. En general, todos los estudios señalan como consecuencias notorias: alteraciones emocionales, deterioro en las relaciones interpersonales y detección de trastornos psicológicos, tales como TEPT o DPP (ver [Apéndice 1](#)). A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de los documentos.

En el estudio llevado a cabo por Bertholdt et al. (2020), *Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study*, se analiza el impacto del confinamiento por COVID-19 durante el proceso del parto. Así pues, en su estudio de cohorte prospectivo, la población se compone por 927 mujeres, que son evaluadas en un periodo de 16 meses. Los datos aseguran que negar el derecho de compañía durante el parto, lo cual se trata de una forma de VO, entraña emociones negativas asociadas a este momento. Así pues, dicha percepción durante el momento del parto, aumenta el riesgo de presentar DPP y TEPT. Además, la presencia de trastornos mentales tras el parto incrementa el riesgo de suicidio. Al mismo tiempo, se ve afectada la relación materno-filial, las relaciones conyugales y familiares. Por tanto, en esta situación excepcional de pandemia, la percepción de que la experiencia del parto ha sido negativa es mayor. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, ya que el estudio continúa en curso hasta agosto de 2021.

En el artículo *Reproducing while Black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology* (Davis, 2020) se explora el concepto de racismo obstétrico para destacar la violencia que emplea el personal sanitario y las instituciones contra las mujeres negras durante el proceso reproductivo. Además, es destacable las distorsiones raciales que se encuentran en la ciencia y en la medicina, lo que influye en las prácticas realizadas y en el daño efectuado en el cuerpo de dichas mujeres. En relación a la

violencia racial en el proceso reproductivo, destacan consecuencias como una alta tasa de morbilidad, mayor porcentaje de muerte de mujeres negras tras el parto y durante el primer año, partos prematuros, etc. Al mismo tiempo, se identifican cuatro dimensiones donde se despliega el racismo obstétrico: (a) retraso del diagnóstico, (b) trato negligente, despectivo o irrespetuoso, (c) dolor infligido intencionalmente y (d) coacción para que se sometan a determinados tratamientos. Como consecuencia de estas formas de VO, se produce: degradación de la mujer, abuso médico (con fines experimentales) y/o la evitación, por parte de las mujeres, de encuentros racistas. Así pues, el racismo obstétrico ocasiona en las mujeres estrés, incertidumbre y extrema vigilancia del proceso de reproducción. Estas consecuencias provocan que las mujeres negras desconfíen del sistema sanitario y, por consiguiente, del personal médico.

En la investigación *Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus* (Lasheras et al., 2014) se explora la incidencia de DPP y alteración en el vínculo materno-filial en una población de 271 mujeres, con edad media de 34,86 años, y tras unos 43 días después del parto. Mediante este estudio cualitativo se pone en relieve la importancia de detección de estados depresivos, con el fin de evitar las consecuencias venideras. También, mediante este trabajo, se exploran los posibles factores que pueden influir en la aparición de DPP, analizando las variables: reproductivas, psicopatológicas y obstétricas. Los datos revelaron que: (a) existe fuerte correlación entre presentar DPP y alteraciones en el vínculo materno-filial; (b) los antecedentes psicopatológicos son un factor de riesgo para padecer DPP; (c) en relación a la VO, influye directamente en el diagnóstico de DPP la percepción negativa o amenazante en relación a la asistencia sanitaria durante el proceso reproductivo y/o el momento del parto.



Así pues, la VO puede ser un factor de riesgo para la DPP, en ausencia de antecedentes psicopatológicos previos.

Sadler et al. (2016) ponen de manifiesto en su estudio *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*, la gravedad que supone la VO, ya que aseguran que existe un creciente y preocupante exceso de intervenciones médicas durante el parto, que se realizan de forma abusiva e irrespetuosa. Así pues, destacan que las mujeres deben ser el centro de la maternidad, siendo ellas quien decidan según sus necesidades, y no únicamente en base al criterio médico. Al mismo tiempo, sostienen que la VO se mantiene por la desigualdad estructural del género, y, por tanto, se encuadra dentro de un tipo de violencia estructural y de género. Como consecuencias, se producen continuas falta de respeto y devaluaciones de las mujeres. En este sentido, el castigo juega un papel fundamental, lo que altera directamente las emociones de la mujer durante el proceso del parto y/o posterior a este. Así pues, como afectación mayor se destaca la aparición de TEPT ante la exposición directa de violencia durante el parto. Se asegura también que el personal sanitario que vivencia este tipo de violencia puede sufrir “estrés traumático secundario” o “fatiga por compasión”. Aun así, mantienen que se trata de un problema aceptado y naturalizado que involucra a: mujeres, familias y/o profesionales, lo que requiere abordaje inmediato, tanto a nivel internacional como nacional, mediante un enfoque multidimensional.

En el artículo de Shabot (2020a), *We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence*, se abordan las consecuencias de la VO indagando en el propio concepto para conocer cómo se produce el daño. Desde este marco teórico, se entiende que la VO sucede al considerar que las mujeres se encuentran en un estado específico de vulnerabilidad y que dicha concepción afecta a su subjetividad personal. También, se asegura

que el daño proveniente de este tipo de violencia influye negativamente en la relación que tiene la mujer con su propio cuerpo y con el mundo externo, así pues, afecta directamente a las relaciones interpersonales. Por tanto, se pone en relieve la importancia de la autonomía relacional<sup>5</sup> en el parto, con el fin de que la mujer no perciba que se trata de un proceso alienado e incontrolable. Desde esta perspectiva, se reconoce que la VO impide las conexiones interpersonales y el cuidado. Además, la percepción de aislamiento o el sentimiento de ser ignorada destacan como causa interpersonal para que se produzca una experiencia traumática. Por tanto, como consecuencia de un parto traumático, las mujeres pueden sentir soledad, abandono o poca comunicación con el personal sanitario.

En el estudio *Why 'normal' feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology*, también de Shabot (2020b), se indaga sobre la ocurrencia de violencia obstétrica en los exámenes vaginales durante el proceso del parto. La autora concluye que esta intervención no es estrictamente necesaria para que el curso del parto sea correcto y que, debido a la normalización de realizar esta práctica, cuando se produce violencia, se invisibiliza o no se reconoce que se ha producido. Esta intervención se ha clasificado también como una forma de violación durante el parto. Así pues, se ha comprobado que cuando se ejerce VO de esta forma, las mujeres sufren daños a corto y a largo plazo, pudiendo estar relacionado con el padecimiento de un TEPT tras el parto. También se ha demostrado que esto afecta a la autoimagen de las mujeres y a su capacidad de control durante el parto. En relación a las consecuencias, estas mujeres manifiestan sentir gran vergüenza cuando le practican los exámenes vaginales. Además, se ha identificado “racismo médico” en la forma y gravedad en la que se comete la VO, lo que significa que esta práctica también es racista y clasista.

---

<sup>5</sup> Autonomía que depende de las relaciones interpersonales y de la influencia de otros (Shabot, 2020a).

### Discusión

La VO se da, en parte, por el modelo de salud y atención seguido. Tres de los artículos incluidos en la revisión abordan la influencia del sistema patriarcal y del modelo biomédico en relación a la ocurrencia de VO (Sadler et al., 2016; Shabot, 2020a; Shabot, 2020b), por su parte, el artículo de Davis (2020) incluye además la idea de las jerarquías raciales. Esto refleja la idea de Osorio y Saraceno (2019) de que es importante identificar al modelo médico como responsable de que se cometa VO, ya que, en base a este, se pueden ejecutar prácticas violentas o desactualizadas que atentan contra los derechos de las mujeres. Las investigaciones de Bertholdt et al. (2020) y Lasheras et al. (2014) parten del modelo biopsicosocial<sup>6</sup>.

El objetivo común de todos los trabajos es identificar el impacto psicológico que provoca la VO. No obstante, cada uno presenta una perspectiva distinta. Shabot (2020a) y Sadler et al. (2016) exploran la VO desde el marco teórico. Shabot (2020b) pretende conceptualizar este tipo de violencia, y Davis (2020) aborda el concepto de VO junto con el de racismo obstétrico. Por último, Lasheras et al. (2014) analizan la incidencia y causas de la DPP, identificando, entre ellas, la VO.

De los seis artículos incluidos en la revisión bibliográfica, cuatro de ellos son revisiones teóricas que realizan análisis fenomenológico y conceptual (Davis, 2020; Sadler et al., 2016; Shabot, 2020a; Shabot, 2020b). La población de dichos trabajos se compone de mujeres que han recibido atención obstétrica en cualquier momento del proceso reproductivo. No obstante, en el estudio de cohorte prospectivo de Bertholdt et al. (2020) se presenta una

---

<sup>6</sup> Modelo de atención centrado en el paciente, abordando la enfermedad desde tres dimensiones: el ámbito biológico, el social y el psicológico. La enfermedad se aborda “desde la experiencia de enfermar”, no meramente como un proceso fisiológico (Velasco, 2009).

muestra de 927 mujeres de nacionalidad francesa, analizando su percepción del momento del parto y tras el mismo. En la investigación cualitativa de Lasheras et al. (2014), la población de estudio se compone de 271 mujeres, y se exploran las posibles alteraciones que se dan tras el parto.

Mediante esta revisión bibliográfica se ha podido comprobar que las consecuencias de la VO afectan a diversas áreas de la vida de la mujer. No obstante, las secuelas que más perduran en el tiempo son las relacionadas con el impacto psicológico (Sadler et al., 2016; Shabot, 2020a). Los resultados de los estudios muestran que las secuelas psicológicas de la VO causan alteraciones emocionales (Bertholdt et al., 2020; Sadler et al., 2016), que pueden derivar en: sensación de soledad o aislamiento, estrés y/o incertidumbre (Davis, 2020; Shabot, 2020a). Al mismo tiempo, dichas alteraciones pueden interferir en el vínculo materno-filial, lo que deterioraría dicha relación y el correcto desarrollo del periodo postnatal (Bertholdt et al., 2020; Lasheras et al., 2014).

También se ha encontrado que el autoconcepto de la mujer queda dañado tras sufrir VO y, por consiguiente, se ve afectada su autopercepción y autoimagen (Davis, 2020; Sadler et al., 2016; Shabot, 2020a; Shabot, 2020b). Además, el hecho de que la VO pueda ser clasista y racista (Davis, 2020; Shabot, 2020b) también puede influir en el autoconcepto y autoestima, ya que se estaría cometiendo degradación y devaluación de la mujer mediante este tipo de violencia (Davis, 2020; Sadler et al., 2016). Al mismo tiempo, la VO se puede ejercer de distintas formas, como comenta Shabot (2020b) en su estudio en relación a los exámenes vaginales durante el parto, este tipo de violencia causa vergüenza en la mujer, lo que afectaría a su autoimagen. Por tanto, esto daña directamente la subjetividad de la mujer sobre su propio cuerpo (Shabot, 2020a). El deterioro del autoconcepto y la percepción de

vergüenza, junto con las secuelas físicas, dañan la salud afectiva-sexual de la mujer. Por lo que, se identifica a la VO como una forma de violación sexual (Shabot, 2020b).

Los estudios incluidos en la revisión encuentran como afectación mayor (Sadler et al., 2016) el padecimiento de trastornos psicológicos, como son el TEPT y la DPP (Bertholdt et al., 2020; Lasheras et al., 2014; Sadler et al., 2016; Shabot, 2020b), coincidiendo con lo expuesto anteriormente en la introducción por Ballard et al. (1995), García (2018) o Silveira et al. (2019). Las causas de estos trastornos pueden deberse a las distintas formas en las que se ejerce la VO, tal y como asegura Shabot (2020b) que se produce con los exámenes vaginales, o como comenta Bertholdt et al. (2020) que ocurre tras negar la compañía durante el parto.

Además, dichos trastornos presentan consecuencias asociadas. Por ejemplo, en el caso del TEPT, se ha comprobado cómo las mujeres que lo padecen tras el parto traumático sienten, de manera contigua: soledad, abandono y daño en las relaciones interpersonales (Shabot, 2020a). Por otro lado, cuando se produce DPP, la secuela más notoria es la alteración del vínculo materno-filial (Bertholdt et al., 2020; Lasheras et al., 2014). La presencia de dichos trastornos psicológicos durante el puerperio puede aumentar el riesgo de suicidio (Bertholdt et al., 2020).

Asimismo, como ya exponían Crespo-Antepara et al. (2018) y García (2018) en relación al impacto en el entorno, los estudios de la revisión concluyen que los trastornos psicológicos derivados de la VO pueden alterar las relaciones interpersonales, sobre todo, las conyugales o familiares (Bertholdt et al., 2020). Debido a esto, se ha podido comprobar cómo las consecuencias psicológicas influyen negativamente en el ámbito social y relacional de la mujer (Shabot, 2020a).

Por otro lado, como consecuencia de la crisis sanitaria global por COVID-19 se ha producido un aumento de VO en las salas de parto. Esto ha estado influenciado, en parte, por el abordaje realizado, ya que se ha seguido el enfoque biomédico (Epen Seminario, 2021b, 5m52s). Las medidas sanitarias empleadas durante la pandemia han supuesto, en ocasiones, un problema para el correcto desarrollo del proceso reproductivo, ya que las intervenciones se encontraban: desactualizadas, descoordinadas y/o apresuradas (Epen Seminario, 2021b, 3m08s). Por tanto, se encuentran consecuencias asociadas, tales como: (a) aumento de cesáreas innecesarias; (b) mayores inducciones del parto; (c) separación y aislamiento madre-bebé; (d) incremento del uso de instrumentación; (e) menor consideración del plan de parto; (f) incremento de actitudes violentas, tanto verbales como físicas y simbólicas; y (g) negación de asistencia (Epen Seminario, 2021b, 7m30s). Así pues, desde el estudio de Bertholdt et al. (2020), incluido en la revisión, se confirma que la negativa de acompañamiento durante periodos de pandemia incrementa la percepción del parto como una experiencia negativa y/o traumática.

Los estudios incluidos en la revisión concluyen que, debido a la normalización, invisibilidad o encubrimiento de la VO por parte de las instituciones (Bertholdt et al., 2020; Sadler et al., 2016; Shabot, 2020b), las mujeres podrían evitar acudir a centros médicos cuando requieran ayuda sanitaria. Por tanto, se estaría produciendo rechazo al sistema de salud al percibir que no se aseguran los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sino que son denigrados y violados (Davis, 2020; Sadler et al., 2016).

Sadler et al. (2016) recomiendan que, desde las instituciones, y a nivel nacional e internacional, se aborde la VO para reducir su incidencia. Así pues, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se presentan guías sobre cómo intervenir correctamente durante el proceso reproductivo, con el fin de que las instituciones respondan de manera

adecuada a las demandas de las mujeres, y que el parto sea respetado<sup>7</sup> (Bretin y Gómez, 2009). Con ello, se pretende que sea la mujer quien decida o marque el ritmo de su parto, con el fin de que se erradique la medicalización y las intervenciones innecesarias, y evitar así que suceda el rechazo hacia los centros sanitarios (Davis, 2020). En relación a lo expuesto, la OMS declara la necesidad de “garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos” (WHO, 2014, p.2).

Siguiendo esta línea de abordaje, desde asociaciones como “El Parto es Nuestro” (<https://www.elpartoesnuestro.es/>) se apoyan y promueven los derechos reproductivos de las mujeres, haciéndose eco de los casos en los que se ejerce esta violencia, de manera que se visibiliza la ocurrencia de la misma. Además, desde dicha asociación se pretende mejorar la atención obstétrica en España mediante organismos multidisciplinares, tales como “El Observatorio de la Violencia Obstétrica”.

---

<sup>7</sup> El parto respetado hace referencia a un constructo donde se entiende que existe una “mínima intervención médica” y el “máximo cuidado, apoyo y consideración hacia las mujeres” (Murialdo, 2019, p. 191).

### **Conclusiones**

En base a los estudios incluidos en la revisión, se puede concluir que la VO se ejerce de múltiples formas y puede aparecer en distintas ocasiones, todas ellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Así pues, la VO tiene como víctimas directas a las mujeres, y de manera indirecta, afecta a la pareja o familiares de la misma, y también al vínculo entre estos. Además, las consecuencias de la VO se pueden encontrar en el aspecto físico, social y relacional, y/o psicológico. Tras la exploración de este último ámbito, se puede comprobar cómo el impacto psicológico perdura mucho más en el tiempo, ya que altera el funcionamiento diario de las mujeres que sufren este tipo de violencia, haciendo que, en numerosas ocasiones, la VO sea causa directa de distintos trastornos, como la DPP, o de sintomatología psicopatológica relacionada con el TEPT.

Como fortalezas, señalar el abordaje de la VO, teniendo en cuenta que se trata de un fenómeno de estudio relativamente nuevo y que se encuentra en auge actualmente. Además, se expone la necesidad de realizar intervenciones psicológicas por el impacto ocasionado en la salud mental. Sin embargo, se ha encontrado que, a pesar de ser un tipo de violencia normalizada o invisible, existen guías de buenas prácticas, lo que refleja cambios desde las instituciones, pretendiendo que las intervenciones realizadas durante el proceso reproductivo sean adecuadas y respondan a las demandas de las mujeres.

Una de las limitaciones identificadas es la falta de consenso para definir el concepto de VO y la falta de datos oficiales en cuanto a su prevalencia, lo que hace que el trabajo para identificar las consecuencias psicológicas sea más arduo. Asimismo, los documentos obtenidos para el análisis son, mayoritariamente, revisiones teóricas, por lo que ha sido más difícil cuantificar y cualificar el impacto psicológico de la VO. Es destacable también que la



población de los artículos se componía de una muestra de mujeres con características homogéneas. Es decir, en ningún caso se alude a la interseccionalidad, ni se habla de mujeres con diversidad funcional o de su nivel socioeconómico, por ejemplo.

También se ha encontrado dificultad a la hora de abordar este tipo de violencia, ya que se trata de un fenómeno que puede darse en distintas situaciones, por ello es complicado abarcar todos los ámbitos y las conclusiones pueden ser dispersas. Por tanto, para futuros trabajos se recomienda centrar la atención en una situación concreta donde se produzca VO, como es por ejemplo el parto, con el fin de obtener conclusiones claras.

Además, al considerarse el parto un proceso fisiológico que recibe distintas connotaciones sociales, las opiniones en relación a la VO pueden crear controversia. Para ello se recomienda contextualizar la ocurrencia de VO, para que no se interprete como un hecho cometido por un único agente ni se culpabilice al colectivo médico o sanitario, ya que en la aparición de la VO interfieren más variables, como puede ser la influencia del entorno social.

Por último, se considera pertinente llevar a cabo estudios que analicen en profundidad las causas y consecuencias de la VO e identificar factores de riesgo y protección, con el fin de reducir la prevalencia de casos. No obstante, se destaca la importancia de la realización de trabajos donde se muestren prácticas negativas y mejorables por parte de las instituciones y del personal sanitario, para que así se reduzcan las probabilidades de que se ejerza VO (Rodríguez y Aguilera, 2017). Por ello, es necesario formar al personal sanitario en base a buenas prácticas. Además, se considera primordial que se realicen intervenciones psicológicas cuando se haya producido VO, ya que, como se ha podido comprobar, este tipo de violencia impacta sobre la salud mental de las mujeres y altera el correcto funcionamiento de las mismas.

### Referencias Bibliográficas

- Ballard, C. G., Stanley, A. K. y Brockington I. F. (1995). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 166, 525-528.
- Barbosa, D. M. y Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latinoamericana de Enfermagen*, 26, 1-12.
- Becerra-Chauca, N. y Failoc-Rojas, V. E. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2), 1-13.
- Belli, L. F., (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Bioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111.
- Bertholdt, C., Epstein, J., Banaslak, C., Ligier, F., Dahlhoff, S., Olieric, M. F., Mottet, N., Beaumont, M. y Morel, O. (2020). Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study. *BMJ Open*, 10(12), 1-7.  
doi: 10.1136/ bmjopen-2020-043057
- Berzaín, M. C. y Camacho, L. A. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53-57.
- Bezares, B., Sanz, O., y Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(1), 169-175.
- Bretin, H. y Gómez, C. (2009). *Amabilidad, respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento* [Archivo PDF].

[https://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FAmabilidad\\_respeto\\_dignidad\\_Humanizacion\\_Atencion\\_Perinatal.pdf](https://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FAmabilidad_respeto_dignidad_Humanizacion_Atencion_Perinatal.pdf)

Bydlowski, M. y Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatrique*, 16(68), 321-328.

Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Encuentros Latinoamericanos, segunda época*, 4(1), 196-220.

Chávez, M. L. y Sánchez, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, 8(16), 103-119.

Crespo-Antepara, D. N., Sánchez-Zambrano, B. M. y Domínguez-Ontano, D. P. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo del Conocimiento*, 3(7), 347-361.

Davis, D-A. (2020). Reproducing while Black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 11, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.10.001>

Epen Seminario. (7 de marzo de 2021a). Sara Jort Povea. *La huella invisible: violencia en el parto* [Archivo de Vídeo]. Youtube.  
[https://www.youtube.com/watch?v=ol8mS8crHjQ&list=PL6kN2LSM8nWLIZt8cza\\_teP-020VI4WS&index=11](https://www.youtube.com/watch?v=ol8mS8crHjQ&list=PL6kN2LSM8nWLIZt8cza_teP-020VI4WS&index=11)

Epen Seminario. (7 de marzo de 2021b). Virginia Murialdo Miniello. *Violencia obstétrica en tiempos de pandemia* [Archivo de Vídeo]. Youtube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=CAXwHUNOgWo&t=2s>

Faneite, J., Feo, A. y Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12.

García, E. M. (2015). Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. *Dilemata*, 7(18), 27-43.

García, E. M. (2018). *Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. 141. CEPAL-Serie Asuntos de Género.

Iglesias, S., Conde, M., González, S., y Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97.

Lasheras, G., Farré-Sender, B. y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática de Enlace*, 109, 22-31.

Llobera, R., Ferrer, V. A. y Chela, X. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1), 149-184.  
<http://dx.doi.org/10.5209/INFE.60886>

Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrims-Dottir, T., Van Parys, A-S., Lena, E. y Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 94, 508-517.

- Murialdo, V. (2019). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid* (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Osorio, V. y Saraceno, F. (2019). *Mujeres invisibles: partos y patriarcado*. Gutten Press.
- Pintado, S., Penagos, J. C., Casas, M. A. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*, 83(3), 173-178.
- Rodríguez, P. A. y Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2(2), 56-74.
- Sadler, M. (2004). “Así me nacieron a mi hija”. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto en M. Sadler, M. Acuña, y A. Obach (Ed.), *Nacer, Educar, Sanar. Miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Catalonia.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Guillen, P. y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
- Shabot, S. C. (2020a). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 1-16. doi: 10.1177/1350506820919474
- Shabot, S. C. (2020b). Why ‘normal’ feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 1-21. <https://doi.org/10.1177/1464700120920764>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A. y Coll, C. V. N. (2019). The association between

disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447.

Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Cátedra.

Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud*. Minerva.

Villanueva-Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3), 147-151.

World Health Organization (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement*. Ginebra: World Health Organization.

## Apéndices

### Apéndice 1. Análisis de publicaciones para el objetivo: Identificar el impacto psicológico que ocasiona la violencia obstétrica en la mujer

**Tabla 3.**

*Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study (Bertholdt et al., 2020)*

Marco teórico	Exploración del impacto por COVID-19 desde el modelo biopsicosocial, teniendo en cuenta la biología del parto, el entorno social y la influencia de la pandemia, y también el estado emocional y psicológico tras el parto
Objetivos	Conocer el impacto de las restricciones por COVID-19 durante el momento del parto Conocer la sensación de control de estas mujeres durante el parto
Población	927 mujeres de nacionalidad francesa
Diseño y metodología	Estudio de cohorte prospectivo, de duración de 16 meses Reclusión en grupos: “confinamiento”, “epidemia” y “grupo control” Información recogida: variables sociodemográficas Evaluación mediante cuestionarios: Labour Agency Scale, para evaluar la sensación de control en el parto; Cuestionario de la Calidad de la Atención Prenatal; Cuestionario de Calidad de Vida de 12 ítems; Escala de Depresión Posnatal de Edingurgh, para evaluar si existe DPP; Escala de Impacto de Eventos, para evaluar riesgo de TEPT; Cuestionario de Lactancia Materna, para conocer el proceso de lactancia
Resultados	Negar el derecho de compañía durante el parto, lo cual es una forma de VO, puede provocar emociones negativas en la mujer. Esto puede aumentar el riesgo de aparición de DPP o TEPT. También se ve incrementado el riesgo de suicidio por presentar estos trastornos psicológicos. Se ha encontrado que estas mujeres han visto afectado su vínculo materno-filial, las relaciones conyugales y las familiares
Conclusiones	La pandemia por COVID-19 ha aumentado la percepción negativa de las mujeres durante el parto, debido a las restricciones impuestas. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, ya que el estudio sigue en curso

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 4.**

*Reproducing while Black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology (Davis, 2020)*

Marco teórico	El concepto de racismo obstétrico es el propio marco teórico de este trabajo. Se exploran las jerarquías raciales que se encuentran dentro del modelo biomédico y que influyen en la ocurrencia de VO
Objetivos	Se explora el concepto de racismo obstétrico para reconocer la existencia de VO por parte de instituciones y del personal sanitario
Población	Mujeres negras que han recibido atención obstétrica en Estados Unidos
Diseño y metodología	Revisión teórica Análisis de cuatro dimensiones: lapsos diagnósticos; negligencia o falta de respeto; causar dolor intencionalmente; y coacción
Resultados	El racismo obstétrico se trata de una forma de VO que afecta a las mujeres negras, causando: degradación, estrés, incertidumbre, extrema vigilancia de su proceso reproductivo, altas tasas de morbilidad obstétrica y mortalidad. Además, se identifica que existe abuso médico con fines experimentales
Conclusiones	El racismo obstétrico, identificado como una forma de VO, provoca, entre otras consecuencias, que las mujeres negras desconfíen del sistema sanitario. Además, se ha visto que se ejerce VO por el hecho de ser mujer, pero esto se ve incrementado cuando es de otra raza o etnia distinta a la del lugar donde se encuentra

*Nota.* Elaboración propia.



**Tabla 5.**

*Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus (Lasheras et al., 2014)*

Marco teórico	Estudio enfocado desde el modelo biopsicosocial
Objetivos	Conocer la incidencia y causas de DPP, y las consecuencias por la alteración del vínculo materno-filial
Población	271 mujeres, con edad media de 34,86 años
Diseño y metodología	<p>Estudio cualitativo</p> <p>Información recogida: variables sociodemográficas y variables en relación al tipo de parto</p> <p>Entrevistas donde se exploran las variables: reproductivas, psicopatológicas y obstétricas</p> <p>Evaluación mediante: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), para la DPP; y Parental Bonding Questionnaire (PBQ), para evaluar las alteraciones del vínculo materno-filial</p>
Resultados	Existe una fuerte correlación entre DPP y alteraciones en el vínculo materno-filial. Los antecedentes psicopatológicos son un factor de riesgo para la DPP. En relación a la VO, cuando se percibe el parto como negativo o una situación de amenaza, en base a la atención recibida, el riesgo de DPP es mayor.
Conclusiones	Se halló que la VO es una de las causas con más peso para la DPP. Es importante diferenciar cuándo se produce este trastorno porque existen antecedentes psicológicos, o si es por consecuencia de algún factor. No obstante, las consecuencias de DPP por VO repercuten en el vínculo materno-filial

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 6.**

*Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence (Sadler et al., 2016)*

Marco teórico	Se estudia la influencia del sistema patriarcal, abordando la VO como violencia estructural. Se pone de manifiesto la hegemonía del modelo biomédico en relación con la ocurrencia de VO. Además, se expone la necesidad de abordar el parto desde el modelo biopsicosocial
Objetivos	Explorar la gravedad de las consecuencias provocadas por la VO
Población	Mujeres que han recibido atención obstétrica
Diseño y metodología	Revisión teórica Análisis fenomenológico
Resultados	La literatura muestra que se realizan procedimientos médicos en exceso y se carece de la utilización de servicios sociales. Además, cuando se ejerce VO, desde las instituciones se descuida la dimensión emocional. Como mayor afectación de la VO se identifica el TEPT. También se habla sobre “estrés traumático secundario” o “fatiga por compasión” producida en aquellas personas que vivencian partos traumáticos, pero no en primera persona
Conclusiones	La VO es un problema aceptado y naturalizado que afecta en gran medida a la mujer, pero también a familiares y/o profesionales de la salud. Se manifiesta la necesidad de dar información sobre la VO y de realizar un abordaje inmediato de este fenómeno

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 7.**

*We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence (Shabot, 2020a)*

Marco teórico	El concepto de VO se aborda en base a las ideas de Beauvoir de que el sujeto ambiguo no se construye aislado del resto, ni es puramente mental, por lo que se forma en base a las relaciones interpersonales. Además, se explora la influencia directa del sistema patriarcal y el modelo biomédico en este tipo de violencia
Objetivos	Abordar el concepto de VO para conocer cómo se produce el daño que esta causa
Población	Mujeres que han recibido atención obstétrica
Diseño y metodología	Revisión teórica Análisis fenomenológico y conceptual
Resultados	La VO influye negativamente en la relación que la mujer tiene con su cuerpo. También afecta a las relaciones interpersonales. Se identifica al aislamiento o sentimiento de ser ignorada como causantes de una experiencia traumática
Conclusiones	Los daños de la VO afectan a la mujer, haciendo que sienta soledad, abandono o que considere que hay poca comunicación con el personal sanitario

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 8.**

*Why 'normal' feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology (Shabot, 2020b)*

---

Marco teórico	Se explora la influencia directa del sistema patriarcal y el modelo biomédico en relación a las técnicas normalizadas dentro del sistema sanitario, que se tratan de prácticas que conforman la VO. Se destaca la importancia de la Teoría Feminista para que se puedan identificar las prácticas obstétricas como violentas cuando estas lo sean
Objetivos	Conocer la ocurrencia y el impacto de la VO producida mediante los exámenes vaginales durante el momento del parto
Población	Mujeres que han recibido atención obstétrica
Diseño y metodología	Revisión teórica Análisis fenomenológico
Resultados	La realización de exámenes vaginales no es algo totalmente necesario durante el proceso del parto. Esta forma de VO provoca daños a corto y largo plazo, pudiendo estar relacionado con aparición de TEPT. Los exámenes vaginales influyen en la autoimagen y el control que las mujeres tienen sobre su parto. Se ha identificado también que esta práctica es clasista y racista
Conclusiones	Debido a la normalización o habituación de realizar estos exámenes vaginales, cuando sucede VO la mujer no sabe reconocerlo, ya que considera que es lo normal, lo que causa, entre otras consecuencias, gran vergüenza para las mujeres

---

*Nota.* Elaboración propia.